

Autismo: il progetto di vita inizia a scuola

Autismo in età adolescenziale: risorse, criticità e prospettive

12 maggio 2012, Bologna
Paola Visconti



AMBULATORIO AUTISMO E DPS

U.O.C. NPI, PRESIDIO OSPEDALIERO "MAGGIORE"
IRCCS

ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE di BOLOGNA

L'identificazione di sindromi fra i disturbi evolutivi che investono il comportamento è particolarmente difficile.



Le anomalie comportamentali presenti in tali condizioni sono il risultato di menomazioni delle funzioni psicologiche, che derivano da anomalie nel funzionamento cerebrale, a loro volta causate da neuropatologie biochimiche e/o strutturali, prodotte dall'eziologia iniziale.... Inoltre vi sono le differenze individuali nell'organizzazione cerebrale, i cambiamenti al variare dell'età, la personalità individuale e le influenze ambientali.

Riconoscere delle configurazioni in questa complessità sconcertante è un compito simile a quello di classificare le nuvole.

Wing, L., 2001

Quando si parla di autismo..



Livello di intelligenza...

Triade di
anomalie
nucleari

Sintomi associati

Ritardo cognitivo;
Problemi sensoriali;
Disturbi umore e affettività;
Iperattività;
Problemi alimentari/sonno;
Disturbi ossessivi

Quadri clinici
eterogenei

**Problemi comportamentali e
Anomalo funzionamento neuropsicologico**

Comorbidità

Low-functioning

Disabilità intellettiva

High-functioning

Disturbi dell'umore

Learning disabilities

Iperattività

Ansia

Disturbi Alimentari

Disturbi del sonno

Dist. da movimenti stereotipati

Tics/ S. Tourette

Epilessia, patologie neurologiche

DOC

Patologie Rare (Sindromi Doppie)

Comorbidità psichiatrica o disturbi associati

DSA

Età prescolare-scolare:(Leyfer et al.,2006)

- fobie (44%)
- OCD (37%)
- ADHD (31%)
- depressione (10%)

Età adolescenziale:(Simonoff et al.,2008)

- disturbo d'ansia sociale
- ADHD
- disturbo opp. prov.

Età adulta: (Stahlberg et al.,2004)

- ADHD
- schizofrenia o altro disturbo psicotico
- Disturbo bipolare

HFA e SA

(Howlin,2000)

- Depressione (41%)
- Disturbo bipolare (9%)
- Schizofrenia (9%)
- Ansietà (8%)
- Tentato suicidio (7%)
- Allucinazioni (6%)
- Mania (5%)
- Disturbi psicotici-NAS (3%)
- OCD (1%)

Adolescenza..

E' una fase di transizione e di cambiamenti per quanto riguarda il corpo, i comportamenti e il versante cognitivo e psichico

..e i nostri ragazzi autistici?

- Maggiore/diverso impegno didattico-cognitivo
- Maggiori necessità comunicative
- Inserimento sociale con comportamenti adeguati al gruppo dei coetanei
- Necessario incremento delle autonomie
- Oscillazioni emotive puberali
- Impegno ormonale ed emergere della sessualità
- Rischio di crisi epilettiche
- Ridefinizione dei ruoli all'interno della famiglia

L'autismo in adolescenza

- Il 70% di adolescenti autistici presenta modificazioni analoghe ai coetanei con sviluppo tipico, in alcuni casi si verificano miglioramenti inaspettati.
- In almeno il 30% dei giovani autistici si ha un importante peggioramento, anche reversibile.
- L'adolescenza come fattore generico di scompenso neurobiologico e psicologico sulla vulnerabilità organica preesistente (ad es. EEG ed epilessia).

Aspetti psicologici dell'adolescenza autistica

- Contenitore mentale fragile rispetto al processo adolescenziale e alle sue trasformazioni.
- Accesso impossibile al contenitore “sociale”.
- Maggiore consapevolezza della propria diversità.
- Sviluppo di ossessività e/o depressione.
- Possibile incremento dei comportamenti problema.

Comportamenti problema: manifestazioni

- CP non *sinonimo* di disturbo psichiatrico ma *modalità* con la quale si manifestano, negli autistici, le problematiche di comunicazione.
- Il rischio di psicopatologia è elevato nei casi di ritardo mentale. Nell'80% dei casi all'autismo si associa ritardo mentale.
- Alcuni CP frequenti nell'autismo (ritiro, apatia, agitazione) possono essere espressione di disturbo dell'umore (depressione o ipertimia).

Comportamenti problema (CP), autismo e famiglia

I comportamenti problema rappresentano uno degli ostacoli più importanti rispetto all'integrazione sociale delle persone con autismo.

Pertanto, contribuiscono a fare dell'autismo una condizione di forte stress per le famiglie.

Ridefinizione di strumenti di osservazione e strategie adeguate

Comportamenti problema: funzione

- CP come *risposte funzionali adattive* a particolari contesti o aspetti del contesto.
- CP non come mero sintomo di psicopatologia ma come *sintomo di un problema comunicativo*.
- CP come *strumento* attraverso il quale chiamare in causa il contesto interpersonale (*challenging behaviour* – comportamento di sfida rispetto al contesto interpersonale).
- Considerare i CP come sintomi da sopprimere è un errore che porta a stili di intervento iatrogeni.
- Riconoscere il *valore comunicativo* dei CP conduce a una sua elaborazione a medio e lungo termine.

Correlazioni lineari di un'alta frequenza di CP

- Basso QI.
- Sesso maschile (per i comportamenti eteroaggressivi).
- Co-presenza di altre disabilità (motorie, visive, ma soprattutto **comunicative** e di **social-skills**).
- Livelli e precocità di istituzionalizzazione in contesti restrittivi.
- Eccesso oppure difetto di stimoli (contesti confusi o poco significativi).
- Età (tende a crescere progressivamente durante l'infanzia con un picco tra i 15 e i 35 anni).

Farmaci, DPS e Disabilità Intellettive

- Non per sintomi nucleari, ma per comportamenti problema associati: aggressività, crisi d'ira, impulsività, iperattività motoria, inattenzione e labilità affettiva.
- Non esiste terapia sicuramente efficace
- Aa '80 aloperidolo → relativa efficacia, molti effetti extrapir (spt discinesie tardive)
- Oggi SGA :
 - 4 studi controllati → superiore risperidone vs placebo (adulti e bb) (Sieghel M., Beaulieu A., Nov. 2011)
 - 3 studi controllati → superiorità olanzapina e aripiprazolo (dal 50 al 56% di risposte positive)

Trattamenti psicofarmacologici in adulti ed adolescenti affetti da disturbo autistico

- *Categoria I* – Farmaci ad azione sui sintomi specificatamente autistici... **NON ANCORA DISPONIBILI**
- *Categoria II* – Farmaci (per lo più sedativi) ad azione sui comportamenti-problema associati al nucleo autistico
- *Categoria III* – Farmaci a più ampio spettro (ad es. nutrienti, enzimi, antimicotici, etc.)

Situazione attuale

- Trattamento farmacologico utilizzato nel 50% delle persone con autismo (Baghdadi A. et al., 2002) e nel 45% dei bambini con ASD (Aman et al., 2003).
- Intervento farmacologico più raro nei bambini sotto i 5 anni di età.
- Farmaci agenti sui sintomi bersaglio (aggressività, iperattività, stereotipie, etc.) - più frequenti nei soggetti low-functioning e di maggiore età.
- Soggetti con associata Disabilità Intellettiva medio o grave assumono farmaci con frequenza tripla rispetto ai soggetti senza ritardo o con ritardo lieve (Masi et al., 1999).

Dalle ultime Linee Guida ISS

- Non sono raccomandati SSRI, Secretina, Naltrexone, Levetiracetam e chelazione
- Autorizzato l'utilizzo di Risperidone, Aripiprazolo e Metilfenidato
- Integratori e Diete: non vengono registrati miglioramenti negli outcome primari Comunicazione e Socializzazione ma una significativa risposta per Inattenzione e Iperattività

Osservazione multimodale/multicontestual e

- Osservazioni occasionali e sistematiche in interazioni quotidiane
- Analisi funzionali e specifiche checklist
- Colloqui con familiari ed insegnanti
- Raccolta di informazioni sulla modalità di comunicazione

- ***Non esiste persona così grave da non avere punti di forza***
- ***Non esiste ambiente così povero da non avere risorse.***



Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti



Sistema Nazionale per le Linee Guida

Istituto Superiore Sanità

- Gli esiti dell'intervento educativo/abilitativo devono essere messi a confronto con quelli iniziali
- Questa operazione è l'unica, a livello di studio di caso, che consente di affermare che quanto stiamo facendo è efficace

Caso Clinico Paolo

HFA *adolescenza*

2000-2012

Disturbi dello spettro autistico

**1. compromissione qualitativa
dell'interazione sociale**

2. compromissione qualitativa della
comunicazione

3. modalità di comportamento, interessi
e attività ristretti, ripetitivi e
stereotipati

Paolo

- [A.G.: 18 aa., maschio.](#)
- Anamnesi familiare e Storia clinica
- Padre: 48 aa, impiegato.
- Madre: 48 aa, impiegata.
- Familiarità per tics e balbuzie in linea materna e paterna; cefalea muscolo-tensiva in linea materna; DOC in linea materna.
- Gravidanza: nn. Parto: eutocico, a termine. Peso: Kg 3,550. Allattamento: nn.
- D.A.: 13 mesi.
- Esami medici
- RMN encefalo effettuata nel 1999 e 2010: nn
- Esami genetici: Fra-X, Cariotipo, nn.
- **Recente EEG-Holter: anomalie parossistiche regioni temporali destre con presenza di crisi epilettiche**

Paolo

Nel 2000 i genitori si rivolgono all'Ambulatorio Autismo. Dal colloquio anamnestico emerge:

- dal III° mese di vita notano un sguardo “penetrante”;
- fino ai 2 aa assente il gesto deittico;

Comunicazione Verbale:

- a 2 aa: produzione di poche parole (mamma, papà, nonno, nonna); assente l'utilizzo di gesti comunicativi e sociali;
- a 3 aa: permane il ritardo di linguaggio e le insegnanti dell'asilo riferiscono che il b.no non gioca con i compagni, spesso utilizza oggetti/materiali in modo non adeguato (tende a girarli), flapping;
- a 5 aa: progressi nel linguaggio, brevi frasi (permane l'inversione pronominale); compromesso il versante socio-relazionale (il b.no fissa le persone, ipomimico, molto scarsa l'intenzionalità comunicativa); bruxismo; importante stato ansioso.

Paolo

Paolo

- Osservazione clinica (età **6 aa**):
 - contatto oculare presente, a tratti eccessivo;
 - attenzione congiunta scarsa;
 - linguaggio composto da frasi di 4-5 parole non sempre ben strutturate;
ecolalia immediata e differita; inversione pronominale, domande ripetitive;
 - scarse capacità ludiche;
 - difficoltà nella motricità grossolana;
 - stereotipie motorie (agita le mani, gesti ripetitivi, saltelli);
 - importante livello di ansia con crisi di pianto improvvise.

Paolo

- **Suggerimenti terapeutici** (età **6 aa**):
- **prevedibilità e concretezza**: attraverso l'utilizzo del canale visivo (calendario visivo giornaliero); alternanza lavoro-pausa;
- **diario fotografico** per training su memoria episodica, capacità metacognitive e feed-back su stati emotivi propri e altrui;
- apprendimento di **abilità sociali** all'interno di un rapporto 1:1 (con i compagni di classe);
- **“compagno-tutor”**: compagno di classe che 3 giorni alla settimana gioca con il b.no durante la ricreazione;
- **delimitazione temporale** per “domande ripetitive”.

Paolo

- Età **11 aa** : F-Up
- **Scala Leiter-R**: punteggio significativamente inferiore all'età cronologica (livello di pensiero operatorio concreto).
- **Suggerimenti terapeutici**:
 - continuare gli interventi in atto: logopedia (struttura frase), psicomotricità (si consiglia il piccolo gruppo) e piscina;
 - continuare il lavoro sulle emozioni (quaderno e drammatizzazione);
 - lavoro sulle autonomie (vestirsi e svestirsi) da attivare anche a Scuola;
 - lavoro sulle attività didattiche: rielaborare i testi scritti attraverso l'utilizzo di immagini.

Paolo

- Età **12 aa** : F-Up
 - **CPM di Raven**: punteggio di 16, indicativo di un livello di sviluppo significativamente inferiore rispetto alla media dei coetanei.
 - **Fluenza Verbale**: altamente al di sopra della media.
 - **Prassie**: un punteggio inferiore al 5° centile. In questo test emerge una difficoltà di pianificazione delle azioni in sequenza da svolgere.
 - **La Teoria della mente (Test di Sally-Ann)**: ancoraggio al dato percettivo ancora evidente.
 - **La riproduzione grafica della figura umana**: punteggio di 20, corrispondente ad un'età di circa 8 anni, in linea con lo stadio operatorio concreto anche delle matrici di Raven.

Paolo

- **Suggerimenti terapeutici** (età **12 aa**) :
 - **intervento logopedico** in piccolo gruppo per implementare l'intenzionalità comunicativa;
 - **interazione sociale**: incontro con i compagni di classe per parlare delle caratteristiche di A. e delle modalità più funzionali per stimolare un dialogo o un'interazione;
 - **didattica**: si suggeriscono modalità di apprendimento cooperativo (coppia o piccolo gruppo);

09-12-09
Autonomio. Esterna

QUESTA MATTINA HO FATTO AUTONOMIA
ESTERNA SONO ANDATO IN PISCINA
DOPO SONO ANDATO IN TABACCHERIA
E SONO ANDATO ALLA POSTA.
SONO ANDATO ALLA PASTICCERIA
FRANCESCHINI A FARE COLAZIONE

IN TABACCHERIA HO COMPRATO I FRANCOBOLLI
E UN BIANCHETTO

SONO ANDATO ALLA POSTA DI VIA MATTELLI
A SPEDIRE I BIGLIETTI D'AVVIRIO E LA
LETTERA PER LA CHIARA
SONO ANDATO IN PISCINA IN VIA CIRCONVALLAZIONE
A COMPRARE UN BIGLIETTO PER OGGI
POMERIGGIO.

ALVISE IN TABACCHERIA:

— BUONGIORNO VORREI DEI FRANCOBOLLI
E UN BIANCHETTO, GRAZIE

— QUANTO?

— PAGO

Caratteristiche dell'operatore

- Accoglienza
 - Trasparenza
 - Empatia
 - Umiltà
 - Capacità comunicative
 - Flessibilità
 - Ironia
 - Accettazione delle sfide
 - Riconoscere i propri stati d'animo
-
- Competenza
 - Capacità progettuale
 - Riflessione sul progetto e sul proprio contributo

L'importanza dell'intervento e gli studi di outcome

- Gli outcome sono diversissimi: segnalati progressi nell'adattamento funzionale, minori nell'ambito dell'autonomia.
- I “predittori classici”:
 - QI/QS
 - presenza di linguaggio comunicativo a 5 anni
 - Categoria diagnostica nell'ambito dei DPS
 - Comorbidity neurologica
 - Etc...

L'importanza del trattamento e gli studi di outcome

- Evoluzione migliore nei casi di autismo senza *setback phenomenon* (regressione brusca e massiccia).
- Difficile stabilire rapporto chiaro tra trattamenti ed esiti.
- **L'evoluzione sembra almeno in parte in relazione non tanto alle singole tipologie di interventi quanto alla loro costanza, sistematicità, coerenza, durata nel tempo, in un'atmosfera di sostegno.**

Esperienze ultimi decenni

- Necessità di una fortissima integrazione e visione *ecologica* (ampia) degli interventi di abilitazione e riabilitazione.
- *“Nulla è più assurdo, per un adulto autistico, di interventi tecnici, psicoeducativi o altro condotti al di fuori di una coerenza e di una integrazione tra intervento stesso, il contesto di vita e le prospettive esistenziali”* (Barale, 2003).

- ***Non esiste persona così grave da non avere punti di forza***
- ***Non esiste ambiente così povero da non avere risorse.***

Grazie per l'attenzione

Dott.ssa Visconti P.



Dott.ssa Gaiba G.

Dott.ssa Filippini M.

Dott.ssa Resca F.

Dott.ssa Boni A. Monica F.

Angelo G.

Dott.ssa Pini A.

Dott.ssa Giannotta M.

Dott. Gobbi G.